

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n° 994

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul-René MARTIN

né le 9 décembre 1940 à Segré (Maine et Loire)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RHINOPHYMA

Président : M. DUPERRAT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul-René MARTIN

né le 9 décembre 1940 à Segré (Maine et Loire)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RHINOPHYMA

Président : M. DUPERRAT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549003_0030

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.
 1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON
 2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— BAUMANN (J.)
	Cochin LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre DEPARIS (M.)
	Broussais MILLIEZ (P.)
	Cochin N...
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine CONTE (M.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — (Pitié)	DOMART (A.)
— — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYER (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A not e Président de Thèse

Monsieur le Professeur Bernard DUFERRAT,

Professeur titulaire de la chaire de Clinique Dermatologique

de la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
Présidence de cette thèse qu'il nous a inspirée.

En témoignage de notre reconnaissance respectueuse
et de notre profonde gratitude pour son précieux
enseignement.

A Messieurs les Membres du Jury

A Monsieur le Docteur LAURENT GOLE,
Médecin-Assistant de l'Hôpital Saint-Louis,
Médecin de l'Hôpital L.Bellan.

A Monsieur le Docteur Roger MOULY,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

A Monsieur le Docteur Antoine PUISSANT,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Claude PACOT,
Attaché d'Anatomie Pathologique à l'Hôpital Saint-Louis

En hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours accordée.

A Monsieur le Professeur Robert DEGOS,
Professeur Titulaire de la Chaire de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

En hommage de profond respect et de reconnaissance pour son enseignement.

A Messieurs les Médecins de la Policlinique Alibert

En témoignage de notre reconnaissance et de notre gratitude pour leur précieux enseignement.

LE RHINOPHYMA

PLAN

- INTRODUCTION
- I - HISTORIQUE
- II - CLINIQUE
- III - ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- IV - ETIOPATHOGENIE:
 - 1) Rappel de la physiologie des glandes sébacées
 - 2) Facteurs étiologiques
- V - FORMES CLINIQUES:
 - 1) Rhinophyma et syndrome de TOURAINE, SOLENTE et GOLE.
 - 2) Localisations ectopiques.
 - 3) Rhinophyma localisé de DUPERRAT.
 - 4) Rhinophyma chez la femme.
 - 5) Rhinophyma et cancer.
- VI - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- VII - TRAITEMENTS
 - 1) Traitement médical
 - 2) Traitement chirurgical
- CONCLUSION
- VIII - BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

Le rinophyma est une difformité nasale provoquée par une hypertrophie parfois considérable du revêtement cutané seul atteint.

1) Cette affection tire son intérêt du fait qu'elle coexiste souvent avec un cancer et spécialement un cancer baso-cellulaire.

2) De tout temps elle a posé et pose encore aujourd'hui des problèmes d'étiopathogénie non encore résolus.

3) Enfin le traitement chirurgical, qui s'impose le plus souvent, doit donner un résultat parfait surtout sur le plan esthétique étant donné le siège de cette affection.

CHAPITRE I
HISTORIQUE

C'est le célèbre dermatologue viennois Ferdinand HEBRA qui a donné à l'acné hypertrophique du nez le nom de RHINOPHYMA (du grec, RHIS, nez et PHUMA, tumeur). Il mentionne ce terme pour la première fois dans son " ATLAS der HAUTKRANKHEITEN ", (51) publié en 1869 et une gravure en couleur d'une rare beauté illustre son texte.

On se doute bien que cette affection n'a pas été dénommée ainsi le jour de sa découverte. Il semble, en effet, impensable qu'un phénomène aussi évident que le rhinophyma ne pût compter que quatre vingt dix huit années d'existence. Et pourtant les médecins ne l'ont annexé à leurs ouvrages que depuis un peu plus d'un siècle. Auparavant, privilège exceptionnel pour une maladie, le rhinophyma a mené une double vie littéraire et picturale, aussi brillante l'une que l'autre.

- I -

Deux citations, extraites de la littérature suffiront pour en convaincre le lecteur.

- La première, une épigramme latine bien connue, nous donnera un avant-goût clinique et étiologique:

" Pompilio est nasus cubitos tres longus et unum
Latus, et hanc murus cingit uterque triplex
Adsunt et turres, Bacchus quas condidit ipse,
Et minio tinctas usque rubere dedit ".

" Le nez de Pompilius a trois coudées de long et une de large, un triple mur l'entoure de chaque côté; il a aussi des tours, Bacchus lui-même les a élevées, leur a donné des teintes allant du vermillon au rouge sombre ".

- La seconde est signée de Maître ALCOFRIBAS NASIER et se trouve au chapitre premier de son Pantagruel. Par son réalisme et sa précision, elle demeure l'une des plus belles pages qui font honneur à la dermatologie française :

" Es aultres tant croissoit le nez qu'il sembloit la fleute d'un alambic, tout diapré, tout estincelé de bubeletes, pullulant, purpuré, à pompettes, tout esmaillé, tout boutonné et brodé de gueules, et tel avez veu le chancelier PANZOULT et PTEDEBOYS, médecin de Angiers; de laquelle race peu furent qui aimassent la ptissane, mais tous furent amateurs de purée septembrale. NASON et OVIDE en prindrent leur origine, et tous ceulx desquelz est escript: " Ne reminiscaris " (Un seul " ne " de trop: celui qui précède " reminiscaris ". Comment oublier une telle description....)

Il existe encore, en particulier dans les œuvres de William SHAKESPEARE, bien d'autres textes relatifs aux données cliniques et étiologiques concernant le rhinophyma. Toutefois nous croyons avoir dit l'essentiel avec RABELAIS " qui engendra OFFOT, lequel eut terriblement beau nez à boyre au baril " ...

- II -

L'œuvre du peintre du XV^{ème} siècle, de l'école Florentine, Dominico GHIRLANDAJO di Tommaso BIGORDI : " le vieillard et l'enfant " (au musée du Louvre) a longtemps servi " d'iconographie ", en matière de rhinophyma, à laquelle de nombreux dermatologues tels que SOLGER, DOHI, etc... renvoyaient leur lecteur. " Le portrait de Henri III de NAALDOWYK " (1) (XV^{ème} s.), " Le vieillard au " rhinophyma " (2) (XVI^{ème} s.) et " Le vieillard porteur d'une excroissance du nez " (1) (XVII^{ème} s.) etc... pourraient, avec beaucoup d'autres tableaux, faire l'objet d'un salon où l'amateur d'art aurait le loisir d'admirer les diverses formes cliniques du rhinophyma.

(1) Peintres anonymes de l'école Hollandaise

(2) Attribué à HOLBEIN (Musée du Prado)

Si tous les écrivains mirent l'accent sur le côté grotesque et comique du rhinophyma, il semble qu'un tout autre sentiment ait animé les peintres. En harmonie avec le visage, ce nez difforme n'enlève rien à la valeur de ces chefs-d'oeuvre parce que, pour ARDOUIN (3), " cet art divin de la peinture est tout de même capable de transformer la laideur en beauté ". Tous ces maîtres ont su tirer le meilleur effet du contraste opposant sur leur toile la pureté intégrale d'un beau visage d'enfant ou d'adolescent à un ou plusieurs sujets atteints de rhinophyma.

Nous ne doutons pas que la sculpture n'en possède aussi une belle collection. Il faudrait rechercher parmi les masques de comédiens grecs dont certains devaient avoir un appendice nasal capable de déclencher le rire à cent mètres. Et chercher encore parmi les visages des portails ou des gargouilles de nos cathédrales ...

- III -

Enfin, le rhinophyma eut aussi ~~ses~~ médecins et ses chirurgiens.

- Daniel SENNERT (106) de Wittenberge, est le premier, semble-t-il, à signaler cette maladie. Dans un de ses ouvrages, paru en 1650, il en rapporte une observation:

" Et summunt ista tubercula interdum incrementum, ut facies inaequalis et horrida evadat, et nasus valde augeatur. Vixit superiori adhuc anno non procul a Dresda vir, cui hoc malo affecto nasus ita incrementum sumsit, ut eum in legendo impediret: quod malum ipsum eo adegit, ut anno 1629 particulas quasdam de naso sibi amputari curaret ".

" Il arrive que ces petits tubercules se développent à un point tel que le visage devient méconnaissable et affreux, et que le nez grossit énormément. Non loin de DRESDE a vécu jusqu'à l'année dernière un homme dont le nez atteint par cette maladie avait pris une telle ampleur qu'il l'empêchait de lire: ce qui l'avait contraint en 1629 à en faire amputer une partie ".

Il faut ensuite attendre l'année 1777 pour voir réapparaître notre tumeur du nez dans un ouvrage de médecine. Celui-ci a pour auteur un médecin français, Charles LORRY, (67) qui consacre à l'objet de notre travail tout

un paragraphe qui a pour titre " De rubore et tumoribus in cute narium ". Nous croyons rendre hommage à cet auteur en traduisant son texte que l'on trouvera à la fin de ce chapitre; le lecteur pourra ainsi constater que l'intérêt de cet exposé deux fois centenaire n'est pas seulement historique.

Si ALIBERT ne fait aucune allusion au rhinophyma, RAYER (90), en 1835, en donne une description très précise, comme le sont également celles de PLUMBE (1850), CAZENAVE (1856) et de beaucoup d'autres...

E.WILSON (1874) (120), médecin anglais, voulut lui aussi donner un nom à cette tumeur nasale. Celui qu'il proposa: SPARGOSIS NASALIS, malgré une racine grecque évocatrice (SPARGAO, j'enfle), fut vite oublié. Ce terme, né d'une confusion, pouvait aussi en engendrer une autre: il devait suivre l'adjectif qui l'accompagnait, désigner diverses manifestations de " l'éléphantiasis arabum " (spargosis ~~serotilis~~, etc...).

En 1851, G. SIMON (108), médecin allemand, publie la première étude anatomopathologique concernant le rhinophyma. Mais c'est VIDAL et LELOIR (116) qui, en 1882 et de façon magistrale, reprennent cette question et désormais leur travail sera la référence à laquelle renvoient tous les auteurs.

Le chirurgien allemand J.F.DIEFFENBACH (26) expose brièvement dans son traité, paru en 1845, une technique chirurgicale, aujourd'hui abandonnée, pour réduire le volume des nez hypertrophiés.

Avec la " décortication ", OLLIER (82) propose en 1875-1876 une technique dont les résultats sont encore très appréciés de nos jours. OLLIER lui-même, grâce aux daguerréotypes pris avant et après son intervention, apportait des preuves irréfutables de l'excellence de son procédé.

Il nous a été, bien sûr, impossible d'inscrire dans ce bref résumé les noms de tous ceux qui ont étudié le rhinophyma et son traitement. Il n'est que de feuilleter la bibliographie pour voir combien ils furent nombreux.

- IV -

De rubore et tumoribus in cute narium.

(A propos de la rougeur et des tumeurs du nez).

Charles LORRY

" La couperose affecte le nez et elle est de même nature pour le nez que pour les joues. Bien mieux, de toutes les parties du visage, il n'en est pas qui soit plus exposé aux influences extérieures que le nez qui s'étend en avant. Bien mieux encore, ce n'est pas sans dommage qu'il pourvoit au besoin d'air. Le froid, le chaud, le feu agissent nécessairement sur lui. C'est pourquoi il rougit facilement, se ride, se glace, devient rugueux et souffre de toutes les affections de la face. Sa peau abonde tout spécialement en cavités graisseuses: lorsque le sébum s'y fixe en vermicule, ses cavités se gonflent, s'enflamment quelquefois; il en sort du pus mêlé de sébum, en même temps que la tumeur et la petite poche disparaissent. S'il ne se produit aucune inflammation, mais seulement une accumulation d'humeurs qui augmentent peu à peu, alors les tumeurs en s'agglomérant déforment le nez, constituent des excroissances difformes qui rappellent les tumeurs graisseuses et se traitent de la même manière: ou bien on applique des cauters qui rongent la peau et permettent aux humeurs de s'écouler, ou bien quand les sécrétions sont solidifiées, on les râcle. Quant aux parois de la poche, on les laisse simplement suppurer; ainsi lorsque toutes ces excroissances sont effacées, le nez recouvre son ancienne forme, mais il garde une cicatrice.

Souvent le nez est déformé par plus d'une excroissance. Ce qui oblige à renouveler pour chacune ce traitement laborieux et fort répugnant. Toutes les variétés de tumeurs du nez ont cette évolution caractéristique commune, principalement lorsque le régime n'est pas suivi et en premier lieu lorsque le malade se laisse aller sans discrétion au vin et aux liqueurs alcoolisées. Car pour toutes ces rougeurs qui occupent souvent les extrémités du nez, surtout chez les adultes, c'est en vain qu'on en cherche le remède dans l'usage des topiques; il faut chercher ailleurs pour en trouver la cause. Toutes les rougeurs du nez ne doivent pas non plus être traitées indistinctement par les mêmes remèdes? En effet, certaines sont extrêmement variables, mais toutes, tant qu'elles existent, dépendent toujours d'une difficulté de la circulation au dessous du diaphragme, entre les organes contenus dans l'abdomen. Les

vaisseaux qui serpentent par là sont ou bien comprimés par des amas de sable, ou bien serrés par suite d'irritation ou de spasme, ou enfin, remplis à l'excès, ils sont en partie obstrués, en partie rétrécis comme dans les retards de menstrues ou en cas d'hémorroïdes. Quand le nez a des vaisseaux de constitution un peu faible, comme il arrive souvent à ceux qui sont à la fois trop longs et trop gros à l'extrémité, ils commencent aussitôt à rougir. Je connais un homme qui ne manque jamais d'être incommodé quand il prend du vin ou du café pur, quand il se régale de mets salés et assaisonnés: au lever de table, le bout de son nez est tout rouge, mais il se dégonfle, perd cette couleur dès que la digestion est faite et que le ventre s'est entièrement libéré. Cela est bien connu des femmes de plaisir: sitôt qu'elles éprouvent ce désagrément elles s'appliquent à s'en délivrer par des clystères. Et vraiment les malades qui souffrent de ces misères doivent être sérieusement avertis qu'il leur faut avant tout garder libre leur circulation intestinale. Bien mieux quand la rate est un peu dure, sans autre affection que cette diathèse squirrheuse, on a remarqué que le nez commence à rougir et la coupe-rose à sortir. Cela se produit principalement en hiver quand nos gens oublient leurs exercices et s'adonnent surtout aux veilles et à la débauche.

J'ai vu un jeune militaire qui, lui au moins, demandait des remèdes mais c'était pour ne pas déplaire aux femmes qu'il poursuivait et aimait à la folie: je lui ai conseillé de s'appliquer des sangsues sur les narines; cela lui a si bien réussi que le bel aspect de son visage lui a valu d'unanimes compliments. Seulement voilà, il traîne depuis longtemps un squirrhe de la rate par suite d'une fièvre quarte mal soignée; il a été rappelé à la guerre et il a souvent souffert de ce même malaise, et toujours il s'est mis des sangsues avec le même succès. Bien mieux, chaque fois qu'il s'appliquait des remèdes aptes à libérer la rate, l'humeur en sortait comme de son foyer, mais, de nouveau, réapparaissaient la rougeur et les boutons si bien qu'il a fermement résolu de ne plus reprendre ces remèdes, et de laisser sa rate comme elle est. Il ne voulait pas endommager son visage en lui faisant porter les marques visibles de son traitement. Il veille seulement à éviter la constipation par des remèdes qui relâchent son ventre sans l'irriter. Vraiment ce serait l'unique conduite à tenir devant ces légers malaises, s'il n'y avait pas la-dessous, comme l'observe le vulgaire, quelque chose de plus grave dont ces rougeurs du nez sont l'effet et le symptôme ".

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Après la sémiologie du rhinophyma, nous présenterons les diverses formes typiques qu'il peut revêtir. Les formes évoluées feront l'objet d'un dernier paragraphe d'intérêt anecdotique.

- A) SEMIOLOGIE:

L'étude sémiologique du rhinophyma débutant révèle deux ordres principaux de signes: les signes glandulaires et les signes vasculaires.

1°) Les signes glandulaires:

Les glandes sébacées sont particulièrement abondantes dans le derme de la partie inférieure du nez, ce qui explique que les premiers signes d'hypertrophie glandulaire apparaissent au niveau des ailes et de la pointe. Ces régions donnent l'impression d'être matelassées par un derme épaissi, voire boursoufflé. Les pores de la peau sont dilatés. L'expression en fait sourdre de nombreux filaments de matière sébacée. La peau du nez est devenue comparable à celle " d'une orange à gros grains ". Les sillons naso-géniens sont parfois le siège d'un processus analogue et les limites des altérations sont en général difficiles à bien préciser. Mais, fait important, le pourtour narinare est respecté. Tous les téguments du visage (surtout ceux du nez et du front) ont un aspect luisant et sont gras au toucher. Cet état séborrhéique n'épargne pas le cuir chevelu.

2°) Les signes vasculaires:

De fines télangiectasies sillonnent le nez dont la rougeur d'abord intermittente, parfois post-prandiale, deviendra permanente après quelque temps d'évolution. De même ces fines télangiectasies

se transforment peu à peu en véritables veinules variqueuses. Au palper ce nez rouge est froid. La vitropression en fait disparaître la rougeur. Le reste du visage, en particulier les joues, peuvent être également le siège de rougeur et de télangiectasies.

3°) Les signes infectieux:

Ils sont très fréquents: lésions d'acné profuse envahissant tout le visage. Beaucoup plus rarement ces folliculites, ces abcès pustuliformes... sont localisés uniquement sur le nez.

Tels sont les signes qui, chez un homme d'une cinquantaine d'années, permettent le diagnostic de rhinophyma.

Les circonstances de survenue, les notions d'âge et de sexe, les facteurs favorisants feront l'objet d'une étude au chapitre IV.

Signalons néanmoins que rougeurs, télangiectasies, pustules constituent les trois symptômes de l'acné rosacée. Le rhinophyma, apanage de l'homme, est sensé être, une fois sur trois environ, une complication, au niveau du nez, de l'acné rosacée beaucoup plus fréquente chez la femme.

- B) FORMES TYPIQUES:

Suivant la prédominance voire l'absence de l'un ou l'autre de ces signes principaux, on décrit deux formes que nous schématisons ainsi:

1°) Une forme glandulaire:

Le nez:

- est de couleur normale
- mais sa forme est modifiée (tumeurs bourgeonnantes ou pédiculées).

2°) Une forme angiectasique:

Le nez:

- conserve une forme normale (globalement augmenté de volume)
- mais sa couleur est anormale (le plus souvent rouge violacé).

Telles apparaissent fort schématisées les deux variétés cliniques de rhinophyma que nous allons étudier en détails.

1°) La variété glandulaire.

encore appelée acné hypertrophique de VIDAL et LELOIR. Le nez est le plus souvent de coloration normale. La peau est luisante, épaissie, ses pores sont dilatés, parfois de façon considérable. Par la pression, on peut exprimer une abondante quantité de matière sébacée d'odeur butyreuse. Le nez peut être uniformément augmenté de volume, mais le plus souvent il est couvert de saillies globuleuses. C'est surtout dans cette forme que se produisent les tumeurs pédiculées pouvant atteindre un volume considérable; elles sont de consistance mollassse, inégale, tremblotante au moindre mouvement de la tête.

2°) La variété angiectasique:

pour laquelle certains auteurs voudraient réserver le terme de rhinophyma (malgré l'étymologie .)

Le nez est de couleur aubergine, sillonné par un grand nombre de varicosités. Il est globalement augmenté de volume. Au palper, il donne une impression defraîcheur et sa consistance est beaucoup plus ferme de celle de la variété glandulaire.

A cette classification de VIDAL et LELOIR (II6) (dont nous rapporterons l'article princeps au chapitre suivant) il convient d'ajouter une troisième variété. Celle-ci, mixte, regroupe toute une symptomatologie atypique: qu'il s'agisse de rhinophyma " glandulaire ", mais rouge et congestionné, ou de rhinophyma " angiectasique " mais avec des tumeurs plus ou moins pédiculées etc... etc...

Pour justifier tout ceci, nous citerons SABOURAUD (100) pour qui les formes glandulaires et angiectasiques " s'observent souvent mélangées, mais aussi souvent distinctes ".

Sur le plan clinique il faut encore distinguer:

1°) Les cas où le rhinophyma est isolé, apparaissant comme l'unique lésion sur un visage pratiquement indemne.

2°) Les cas où le rhinophyma s'accompagne de diverses lésions (pustules d'acné, rougeurs, télangiectasies, etc...) siégeant sur le front, les joues ou le menton.

DUFOURMENTEL et MOULY signalent l'intérêt de cette remarque sur le plan des indications thérapeutiques: il faut en tenir compte lors du choix de la technique chirurgicale.

- C) PHASE ANECDOTIQUE:

Tout au long de ces deux premiers paragraphes nous avons pris pour type de description un rhinophyma à son début. Le montrer après une, deux, voire trois décades d'évolution, dans sa phase anecdotique, tel est désormais notre but.

Ce nez peut alors ne plus rien rappeler de sa forme ancienne et normale, déformé par des saillies et des bosses qui défient toute description. Hormis celle de notre confrère RABELAIS que SABOURAUD citait toujours.

L'augmentation de volume, parfois globale, se fait le plus souvent de façon anarchique. Des lobules de taille et de nombre variables peuvent siéger n'importe où sur ce nez. Leur implantation peut être large, leur donnant un aspect hémisphérique. Ailleurs, ils sont pédiculés et mobiles à chaque mouvement de la tête: HEBRA (5I) les comparait aux caroncules des dindons.

L'importance de ces excroissances peut être telle que, lorsqu'elles siègent sur les ailes du nez, elles gênent la vue. Quand elle se développent sur la pointe du nez, elles peuvent s'allonger jusqu'à recouvrir la lèvre supérieure et gêner la prise des aliments.

Le rhinophyma est toujours indolore en dehors des complications infectieuses. Dans les formes volumineuses, il peut occasionner une pesanteur et une gêne pour dormir, boire et manger. Se moucher peut être difficile, voire impossible. Toutefois le pourtour narinaire est en général respecté, comme il l'était dans cette observation d'HEBRA (5I): " Les trous du nez étaient encore d'une largeur normale et le malade pouvait, après avoir soulevé la tumeur d'une main, amener avec beaucoup d'habileté du tabac à sa narine avec l'autre main ". Néanmoins, il arrive souvent à ce stade que la tumeur par son poids gêne la respiration surtout quand le sujet est couché.

La consistance de cette masse varie selon l'importance respective de la prolifération du tissu fibreux ou glandulaire. La prolifération du tissu glandulaire donne une consistance mollassse, tandis que la prédominance du

tissu conjonctif est responsable d'une certaine induration. La pression fait sourdre d'interminables filaments d'odeur butyreuse: C'est le magma caséux d'un kyste sébacé sous-jacent, le passage à travers un orifice étroit lui donnant cet aspect filiforme. L'infection est fréquente, que favorise l'absence de soins de propreté, et peut revêtir divers aspects.

Pour donner enfin une idée des dimensions que ces nez peuvent parfois prendre, il nous suffit de rappeler l'observation (citée par OLLIER) du Maître-Chirurgien THEULOT, de Châlons-sur-Saône. En 1732, celui-ci a enlevé, sur le nez d'un homme de 68 ans, 4 tumeurs monstrueuses qui pesaient 5 livres ... Moins impressionnants certes, mais bien authentiques. sont les beaux rhinophymas de la seconde moitié du XIXème siècle que l'on peut admirer dans le musée de l'Hôpital Saint-Louis. C'est d'ailleurs à cette époque que CAZENAVE (II) écrivait: " J'ai donné des soins à un malade atteint d'une acné rosacea siégeant au nez et chez lequel cet organe avait subi une telle difformité, acquis des proportions si énormes qu'il était obligé de l'envelopper dans une espèce de sac. Hâtons-nous d'ajouter qu'il est heureusement rare d'observer l'acné à cet état d'intensité ".

Il est encore très rare d'observer de tels rhinophymas véritablement monstrueux. C'est à un stade beaucoup plus précoce alors que le nez est à peine déformé que l'on pose le plus souvent ce diagnostic. Nous en avons vu les divers éléments cliniques. Suivant la prédominance de l'un d'eux, nous avons distingué trois formes. Une telle distinction sera-t-elle corroborée par l'étude histologique ? C'est à cette question que tentera de répondre le chapitre suivant consacré à l'anatomie pathologique.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

G.SIMON (108) et F.HEBRA (52) furent parmi les premiers à publier les résultats d'examens microscopiques de rhinophyma. On peut retenir de leurs travaux, que la tumeur est faite de tissu conjonctif traversé par des vaisseaux sanguins dilatés (néoformés pour HEBRA)et farci de glandes sébacées considérablement hypertrophiées et remplies d'un sébum solide.

" Depuis VIDAL et LELCIR - cités par les Dermatologistes français mais sans référence bibliographique exacte - on reconnaît dans le rhinophyma deux types fondamentalement différents " écrivait SIMARD (107) en 1948 en guise d'introduction à une étude histologique. Or, depuis l'article de VIDAL et LELOIR (116) paru en 1882, il nous semble si l'on en juge par les publications ultérieures - y compris celle de SIMARD - que le rhinophyma, depuis bientôt un siècle, n'a pas beaucoup modifié son anatomie pathologique

C'est pourquoi mieux qu'une simple référence bibliographique nous allons donner de larges extraits de cet article:

" Les acnés hypertrophiques sont loin de présenter toujours une structure identique comme on l'a cru à tort. Il faut distinguer dans l'acné hypertrophique deux formes principales autour desquelles se groupe un grand nombre d'autres formes secondaires ou mixtes, résultant du mélange de ces deux formes.

D'une façon générale il faut noter que la peau participe seule aux monstruositées parfois considérables de l'acné hypertrophique. Les tissus sous-jacents, les muscles, les os, les cartilages paraissent toujours indemnes.

Dans une première forme d'acné hypertrophique à laquelle on pourrait donner le nom de forme glandulaire, les parties atteintes, le nez par exemple, présentent en général un aspect plus bombé (rappelant une pelure d'orange à gros grains) les conduits des glandes sébacées sont dilatés d'une façon considérable parfois tellement considérable qu'ils peuvent admettre un tuyau de plume, la peau présente un aspect luisant dû à la séborrhée. Dans cette forme l'on peut constater histologiquement que les glandes sébacées sont énormément hypertrophiées, elles sont parfois douze à quinze fois plus grosses qu'à l'état normal, les conduits des follicules pilo-sébacés sont énormément dilatés, en général les follicules pileux sont atrophiés et les poils ont disparu. Le derme qui entoure les glandes sébacées et souvent même le derme dans toute son épaisseur, mais toujours principalement autour des glandes sébacées et de leur conduit, est fortement sclérosé. Les glandes sudoripares, les fibres musculaires lisses du derme sont souvent très atrophiées, souvent même elles ont complètement disparu. Les vaisseaux sanguins sont dilatés et leurs parois sclérosées. L'épiderme paraît sain.

Dans une deuxième forme d'acné hypertrophique à laquelle on pourrait donner le nom de forme éléphantiasique, les lésions du derme priment tout, les lésions glandulaires quand elles existent, sont absolument secondaires. Dans cette forme, la peau du nez est beaucoup plus lisse, elle présente un grand nombre d'arborisations vasculaires, elle est hypertrophiée et épaissie comme dans la pachydermie ou l'éléphantiasis des Arabes; tantôt l'hypertrophie du nez se fait en masse, tantôt il se fait des tumeurs plus ou moins pédiculées. Histologiquement, on constate que la peau des régions ainsi atteintes, le nez par exemple, présente les lésions connues de l'œdème chronique. Les vaisseaux sanguins, en particulier les veines, sont dilatés, gorgés de sang. Les artères ont souvent des parois épaissies; il est fréquent de constater, tant sur les veines que sur les artères une prolifération de l'endothélium vasculaire. Il existe autour des vaisseaux des manchons de cellules embryonnaires, le derme lui-même contient une grande quantité de cellules migratrices, ces cellules tendent à proliférer; par place l'évolution est plus avancée et le derme présente des traces d'hyperplasie scléreuse. Ça et là on rencontre dans le derme des lacunes plus ou moins étoilées dont l'intérieur est tapissé par une couche endothéliale continue, ce sont des espaces lymphatiques dilatés

qui sont souvent entourés de manchons de leucocytes. Par places, la dilatation des vaisseaux sanguins et surtout des lymphatiques cutanés est tellement considérable que le tissu prend un aspect qui rappelle celui d'un angiôme, ou mieux, comme dans ces points, c'est souvent la dilatation des lymphatiques qui prédomine, d'un lymphangiôme (dans plusieurs de ces vaisseaux lymphatiques il y a prolifération de l'endothélium). Les glandes sébacées sont toujours intactes; on ne peut constater qu'une très légère dilatation de leur conduit excréteur, et une très légère hypertrophie de la glande elle-même, et encore. Il ne faut d'ailleurs pas oublier qu'à l'état normal les glandes sébacées du nez sont toujours très volumineuses. L'épiderme paraît sain ". (II6).

Soulignons, tout d'abord, que ces deux Auteurs précisent une notion importante: la peau participe seule au processus hypertrophique et les tissus sous-jacents muscles, os, cartilages leur paraissent toujours indemnes, contrairement à ce qu'avait affirmé OLLIER quelques années auparavant.

Si évidente qu'elle soit et bien qu'elle ait été admise ensuite par beaucoup, cette dualité anatomoclinique du rhinophyma n'est pas pour autant exhaustive. Ceci n'avait d'ailleurs pas échappé à VIDAL et LELOIR qui reconnaissent déjà la fréquence des formes mixtes pour lesquelles on retrouve les deux types de lésions associés à des degrés divers: sur un fond de sclérose richement vascularisée, peuvent apparaître des foyers d'hyperplasie sébacée. Ce qui permettrait d'affirmer, s'il en était besoin, qu'il s'agit dans tous les cas de la même maladie. Ajoutons que l'anatomie microscopique du rhinophyma peut subir des modifications sous l'influence de divers facteurs tels que:

- l'âge des lésions
- et surtout les infections répétées qui par les infiltrats inflammatoires qu'elles entraînent sont essentiellement sclérogènes.

Pour clore ce chapitre, nous énumérerons les différents arguments histologiques sur lesquels repose le diagnostic de rhinophyma:

- I°) L'hypertrophie des glandes sébacées, qui peut être plus ou moins kystique.

2°) L'hypertrophie du tissu conjonctif, qui peut être angiomateux.

Notons que ce tissu conjonctif est le siège d'une élastose dégénérative, pratiquement constante au niveau des régions insolées.

3°) Enfin la présence d'infiltrats inflammatoires, plus ou moins compacts, plus ou moins macrophagiques. On peut souvent observer, dans ces infiltrats, une nette prédominance de mastocytes.

L'intérêt de cet examen n'est pas tellement diagnostique, encore qu'il puisse être seul capable de " trancher " dans certaines formes, atypiques soit par leur aspect, soit par leur siège, et que nous étudierons avec les formes cliniques. Mais surtout il peut dans certains cas, découvrir un cancer baso-cellulaire latent. Cette éventualité est toutefois loin d'être exceptionnelle en matière de rhinophyma. C'est pourquoi nous lui consacrons toute une étude dans ce même chapitre des formes cliniques.

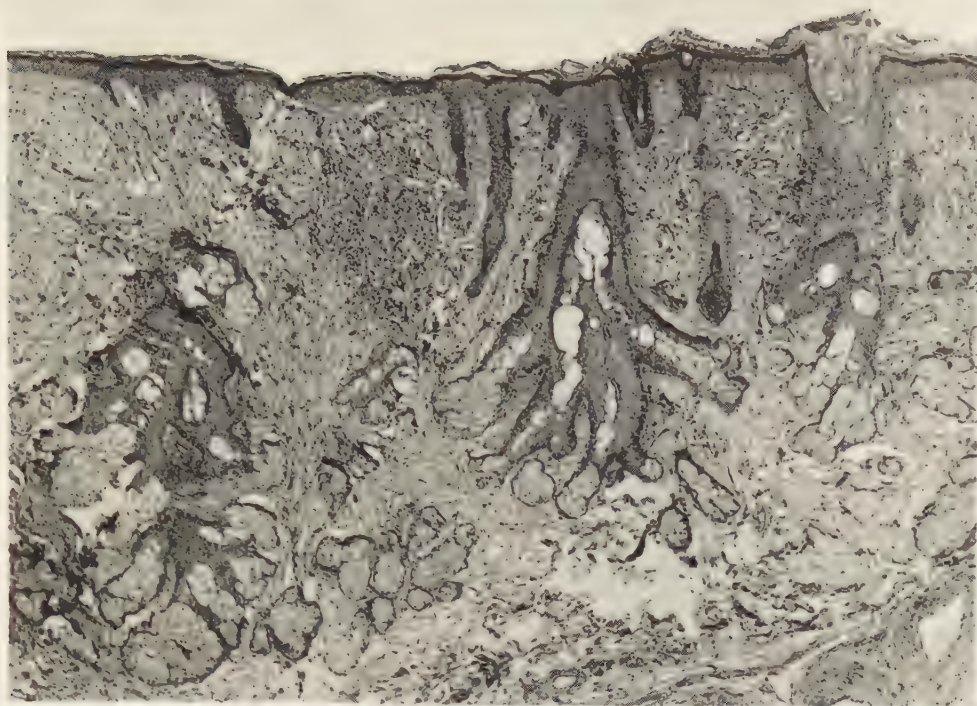
1°) MICROPHOTOGRAPHIE (Collection du Professeur DUPERRAT)

Cette coupe montre nettement l'hyperplasie sébacée formant une couche quasi-continue, gonflée de sébum, avec de gros comédons obstruant les orifices folliculaires. (Docteur PACOT).

2°) MICROPHOTOGRAPHIE (Collection du Professeur DUPERRAT)

L'infiltrat inflammatoire est ici particulièrement dense, engainant sur toute sa hauteur le follicule pilo-sébacé. En outre, le derme est visiblement scléreux. (Docteur PACOT).

Coupe N° 1



Coupe N° 2



CHAPITRE IV

PHYSIOPATHOLOGIE

Au cours des précédents chapitres, nous avons vu la place occupée par les glandes sébacées. Aussi, avant d'entreprendre l'étude des différents facteurs étiologiques présumés du rhinophyma, nous rappellerons quelques aspects de leur physiologie.

- I) PHYSIOLOGIE DES GLANDES SEBACEES: (97)

Elle est dominée par les influences endocriniennes. Avant leur étude nous rappellerons le mécanisme de l'excrétion, les influences nutritionnelles et les problèmes posés par l'innervation de ces glandes holocrines.

a) Mécanisme de l'excrétion:

Celui-ci est connu depuis 1927.

Si l'on dégraisse totalement une surface cutanée, l'excrétion graisseuse s'établit sur un rythme tout d'abord rapide. Puis elle se ralentit au fur et à mesure et se trouve réduite à un taux minimum quand la couche de graisse a atteint une certaine épaisseur.

On explique ce fait expérimental de la façon suivante:

L'excrétion des glandes sébacées serait la résultante de deux forces opposées:

- 1°) l'une de ces forces est la pression glandulaire qui est contre-carrée par
- 2°) une pression de sens opposé représentée par la couche superficielle visqueuse de sébum excrété.

1°) La pression glandulaire est proportionnelle au nombre de cellules dont se compose la glande, c'est-à-dire à la taille de cette glande. Il est établi que l'augmentation de cette excrétion est due, non à l'accroissement de l'excitation ou du fonctionnement des glandes (comme ce serait le cas pour toute autre glande du corps) mais simplement à un accroissement du volume de la glande. La quantité de sébum produit dépend de l'activité mitotique de ses cellules basales. Si cette activité dépasse la normale, un plus grand nombre de cellules et de sébum se trouvent produits.

2°) L'épaisseur de la couche excrétée suffisante pour arrêter l'excrétion dépend de la viscosité du sébum: plus le sébum est visqueux plus la pression qu'il exerce est forte.

Plusieurs facteurs interviennent ici en modifiant la viscosité du sébum. Ce sont:

a) la température atmosphérique:

elle détermine le niveau à partir duquel se produit l'arrêt de l'excrétion. Le point de fusion du sébum se situe aux environs de 30°C, ce qui est voisin de la température de la peau. Plus le sébum durcit, plus il provoque facilement l'arrêt de l'excrétion. Aux températures élevées, un autre facteur intervient:

b) la sudation: la sueur émulsionne le sébum et facilite son étalement sur la surface de la peau.

c) Enfin la consistance du sébum dépend aussi de sa composition qui est mal connue. En cas de séborrhée, le sébum est plus liquide que normalement: est-ce dû à une composition différente ? ou à un autre facteur ? On l'ignore.

b) Influences nutritionnelles:

Des expériences établissent les relations existant entre le régime alimentaire d'un individu et la quantité totale des lipides prélevée sur une certaine surface du front. On constate que:

- I) chez un individu normal, un excès alimentaire en graisses ou en glucides augmente de façon à peu près équivalente la sécrétion sébacée.
- 2) chez les acnéiques, l'excès de glucides l'augmente beaucoup plus que l'excès de graisse.

En fait, on pense qu'un régime hyperglucidique n'augmente pas forcément la sécrétion mais rend celle-ci plus fluide. Un sébum très fluide, qui rend la peau brillante, n'aurait pas forcément un effet défavorable sur l'acné car il pourrait s'opposer à l'épaississement et à la stagnation du sébum dans le canal folliculaire.

S'il existe une influence nutritionnelle sur l'excrétion sébacée, celle-ci semble fort complexe.

c) Problèmes de l'innervation:

Chez l'homme, les glandes sébacées reçoivent des nerfs. Cependant ces fibres non myélinisées pénètrent-elles dans le parenchyme de la glande ? Et dans l'affirmative, sont-elles vraiment des " fibres sécrétrices " qui, stimulées, provoqueraient une augmentation de l'activité glandulaire ? Tout ceci est matière à controverses.

En effet, les expériences sont difficiles à interpréter car à la sécrétion sébacée s'ajoute toujours la sécrétion sudorale qui l'émulsionne. Aussi, tout pendant que les influences sudomotrices et vasomotrices ne seront pas exclues avec certitude dans la stimulation de certains centres ou voies, aucune conclusion ne pourra être solidement établie.

d) Influences endocriniennes:

L'augmentation d'excrétion des glandes sébacées, à l'approche de la puberté, est accompagnée et manifestement causée par une augmentation de leur volume. Cette augmentation est due au développement

des lobules et peut-être à la formation de nouveaux lobules, mais sans aucune modification de la taille des cellules. La puberté stimule la division mitotique des cellules basales des glandes aussi bien chez le garçon que chez la fille. Ce développement pubertaire fournit la preuve irréfutable que l'influence endocrinienne régit le développement normal des glandes sébacées et leur fonctionnement.

I°) Chez l'homme:

Le rôle des hormones testiculaires, connu depuis longtemps, repose sur les faits suivants:

- a) les castrats prépubertaires et les eunuques ne sont sujets ni à la séborrhée ni à l'acné, toujours liées à l'hyperplasie des glandes sébacées.
- b) Les castrats et les eunuques peuvent avoir de l'acné s'ils sont traités par la testostérone.
- c) Des sujets masculins et féminins normaux peuvent avoir de l'acné s'ils reçoivent des doses importantes de testostérone. Cette hormone provoque facilement de l'acné, surtout chez des sujets prédisposés génétiquement.

2°) Chez la femme:

- a) on a cru que l'hyperfonctionnement des glandes sébacées était dû à une augmentation des androgènes cortico-surréaliens. Mais il est difficile d'accepter ce point de vue, car les castrats et la plupart des femmes souffrant d'insuffisance ovarienne ne font jamais d'acné, ni de séborrhée bien qu'elles possèdent des surrénales fonctionnant normalement.
- b) Peu après l'apparition des thérapeutiques par l'A.C.T.H. et la cortisone, on observa chez de nombreux malades (y compris de jeunes enfants) des éruptions acnéiformes identiques à celles rencontrées au cours du syndrome de CUSHING. Toutefois ces éruptions ne sont pas identiques à l'acné juvénile, la séborrhée et les comédons en étant absent. En effet, alors que l'acné juvénile a deux facteurs pathogéniques principaux:

I) L'hyperplasie des glandes sébacées

2) La kératinisation folliculaire excessive obstruant des pores empêchant l'expulsion du sébum,

l'élément dominant des acnés cortisoniques sur les plans clinique et histologique est la kératinisation folliculaire et il existe fort peu (si même elle existe) d'hyperfonctionnement des glandes sébacées. Ceci, donc, n'apporte aucune preuve de l'origine cortico-surrénalienne de l'excitation des glandes sébacées. Au contraire, l'application locale des corticoïdes produit, chez le rat, une diminution surprenante des glandes sébacées. Des observations semblables furent faites après administration parentérale d'A.C.T.H. On a même démontré quantitativement que la cortisone provoque l'atrophie des glandes sébacées.

c) C'est HASKIN qui a démontré l'influence importante de la progestérone sur l'augmentation des glandes sébacées. Dès lors, on déduisit que, de cette hormone, devait dépendre le développement pubertaire des glandes sébacées, l'apparition de la séborrhée et de l'acné chez la jeune fille. Ceci est compatible avec le fait que les sujets féminins " hypogénitaux " n'ont ni séborrhée, ni acné. Enfin, la preuve irréfutable de l'exactitude de cette hypothèse sera la production expérimentale de séborrhée et d'acné par l'administration de doses importantes de progestérone chez la femme.

d) On ignore tout de l'influence des oestrogènes sur les glandes sébacées dans les conditions physiologiques. L'administration de doses importantes non physiologiques provoque cependant un arrêt notable de leur croissance.

Telles sont, résumées, nos connaissances concernant la physiologie des glandes sébacées. A la lumière de ces données, nous allons étudier les différents facteurs qui peuvent jouer un rôle dans la genèse du rhinophyma.

- II) FACTEURS ETIOLOGIQUES:

Au déséquilibre circulatoire de la théorie angioneurotique, aujourd'hui désuète, a succédé la théorie du déséquilibre hormonal pour expliquer cette hypertrophie sébacée. Toutefois les notions d'hygiènes alimentaires et tégumentaires doivent être prises en considération.

I°) Hygiène alimentaire: dominée par le problème de l'alcool et de l'abus de certains aliments.

a) L'alcool: Au second acte de MACBETH, MACDUFF questionne le portier: " What three things does drink provoke ? " qui répond: " Nose-painting, sleep and urine ". Après son inoubliable description RABELAIS ajoute doctement: " De laquelle peu furent qui aimassent la ptisane, mais tous furent amateurs de la purée septembrale ". De toute antiquité, personne ne mit en doute qu'un autre que BACCHUS pût parrainer les nez rouges et hypertrophiés. La plupart des traités de dermatologie du milieu du XIXème siècle confirment ce fait. Ainsi HEBRA (51) considère que la teinte du rhinophyma dépend de la boisson ingérée : " blanche avec de l'eau de vie, " rouge " avec le vin de même couleur..

Pourtant OLLIER, dès 1876, notait que l'alcoolisme n'était pas la condition sine qua non du rhinophyma. Et SABOURAUD (98), en 1902, condamne cette croyance plus que millénaire: de nombreuses observations ont depuis lors confirmé que " tous les affligés de rhinophyma ne sont pas alcooliques, ni même de gros buveurs". Il peut même s'agir de sujets tout à fait sobres. Cette notion est vivement soulignée par tous les Auteurs contemporains.

Néanmoins, sur un terrain prédisposé, l'alcoolisme peut être un facteur aggravant par tous les troubles qu'il entraîne: hépatiques, digestifs, cutanés (télangiectasies du visage ...) voire endocriniens. Et quand on sait le soin que les alcooliques prennent de leur peau...

En marge de ce problème, rappelons le retentissement psychologique d'une telle dermatose. La plupart des patients qui semblent s'accomoder de leur mal avec indifférence se recrutent parmi les alcooliques.

Alors que les autres, considérés comme tels, développent souvent de véritables névroses (nose-complexe) ayant parfois suscité des idées de suicide.

b) On a remarqué de tout temps que ceux qui s'adonnent aux plaisirs de la table sont davantage exposés à ce genre d'ennui que ceux qui ont des habitudes de tempérance. Les repas, trop riches en calories que fournissent force charcuterie, graisse etc... sont considérés comme un facteur aggravant. On a également accusé le café, le thé et même le tabac.

Certes l'expérience nous a montré que l'abus de graisse pouvait augmenter la sécrétion sébacée. On sait encore que tous les excitants aggravent l'acné rosacée. Mais en matière de rhinophyma, l'importance de ces faits apparaît beaucoup plus sur le plan thérapeutique que physiopathologique.

2°) Hygiène tégumentaire:

OLLIER avait remarqué que bien souvent les rhinophymiques ne prenaient aucun soin de leur peau. Cette remarque est toujours d'actualité ..

Cette négligence a pour conséquence de favoriser:

- I°) l'obturation des pores
- 2°) et surtout l'infection, qui, nous l'avons vu, surajoute ses lésions de sclérose aux lésions préexistantes.

OLLIER insistait encore sur la valeur prophylactique d'une parfaite hygiène des téguments. Peut-on justement attribuer aux progrès de cette hygiène la nette régression de cette affection ? Toujours est-il que l'on rencontre de moins en moins de volumineuses proliférations glandulaires.

Des facteurs climatiques tels que le soleil, le froid, le vent ... sur un organe aussi exposé que le nez peuvent-ils être considérés

de légers traumatismes s'ils sont fréquemment répétés ? Est-ce la raison qui pourrait expliquer que les habitants de nos campagnes (et jadis les cochers ...) soient plus souvent atteints ? Mise à part l'éclastose dégénérative du tissu conjonctif (pratiquement constante au niveau des régions insolées) nous ne pensons pas que ces divers facteurs puissent expliquer les autres lésions du rhinophyma.

Après avoir conclu négativement ces deux paragraphes, nous allons étudier la participation hormonale.

3°) La participation hormonale:

De la place de choix occupée par les hormones dans la physiologie des glandes sébacées, on peut déduire le rôle possible d'une perturbation hormonale dans la genèse du rhinophyma.

Ainsi VAILLANCOURT (115), en 1954, proposait de le faire entrer dans le cadre du stress-syndrome de SELYE. Il le considérait comme une maladie d'adaptation, surtout dans sa variété où prédomine l'hypertrophie des glandes sébacées. A l'appui de son hypothèse il arguait le fait que l'A.C.T.H. pouvait engendrer une semblable lésion. Or, nous savons qu'il n'en est rien: l'expérience nous a montré qu'au contraire l'A.C.T.H. et la cortisone avaient plutôt tendance à provoquer une atrophie des glandes sébacées.

En se référant à la physiologie, on serait plus enclin à penser que ce déséquilibre concerne davantage les hormones sexuelles. L'étude des circonstances de survenue du rhinophyma, à savoir le sexe et l'âge, devrait nous aider dans cette recherche.

a) Le Sexe:

Presque toujours, il s'agit d'un homme. Les 9 malades de MARIN (72) étaient tous des hommes. Toutefois sur les 50 rhinophymas opérés par DUFOURMENTEL et MOULY (24) il y avait 4 femmes. Il n'en demeure pas moins très rare chez la femme, c'est la

raison pour laquelle nous avons classé cette possibilité avec les formes cliniques. Ce fait est pourtant singulier si l'on considère que l'acné rosacée, antécédente au rhinophyma une fois sur trois en moyenne, est surtout le lot de la femme.

b) L'âge:

Si dans quelques cas très rares, on a pu observer des rhinophymas chez des sujets jeunes (SAMS, A.TOURAINE et L.GOLE, DUPERRAT) l'âge moyen se situe aux environs de 50 ans, ce qui correspond à peu près au climatère. Et l'on sait que celui-ci s'accompagne de perturbations hormonales importantes chez la femme, inexistantes chez l'homme, ce qui dans le cadre d'un hypothétique déséquilibre hormonal peut paraître contradictoire.

Néanmoins on peut donner un semblant d'explication à toutes ces constatations:

Chez la femme, après la ménopause, l'acné disparaît ainsi que la séborrhée, ce que l'on explique par l'arrêt de la sécrétion hormonale, en particulier de progestérone dont nous savons le rôle majeur. Ainsi il semblerait qu'à l'âge propice une faille hormonale totale et brutale inhibe le développement de cette tumeur.

Chez l'homme, la sécrétion des androgènes n'est pas stoppée à cet âge, mais diminue progressivement. Comment expliquer que se produise alors l'hypertrophie sébacée, provoquée justement par les androgènes ? Avant de répondre à cette question, nous rapportons une observation de M. DUPERRAT: " Un homme de 35 ans, habitant la campagne, vient consulter pour un rhinophyma évoluant depuis 5 ou 6 ans. L'attention est attirée sur 3 points:

- 1°) la précocité insolite de ce rhinophyma
- 2°) l'absence certaine d'éthylisme
- 3°) la voix eunuchoïde du malade.

Ce dernier détail fait découvrir la disparition de la pilosité pubienne et surtout la petitesse et la mollesse des 2 testicules.

Négligeant volontairement tout traitement local, on pratique une série de 12 injections intra-musculaires de 1.000 unités de gonadotrophines chorioniques et de 500 unités de gonadotrophines sériques, à raison d'une injection intra-musculaire tous les deux jours. Arrêt d'un mois. Puis nouvelle série de 12 injections intra-musculaires.

Résultat remarquable sur le rhinophyma sans aucune repousse des poils de la région pubienne.

Les dosages hormonaux n'ont pas été faits."

Le rôle d'une perturbation hormonale apparaît nettement au travers de cette observation de M. DUPERRAT. La palpation des testicules, l'étude de la pilosité, la recherche d'une gynécomastie... pourraient déjà orienter en ce sens. Mais seuls des dosages hormonaux précis pourraient confirmer une éventuelle perturbation hormonale.

Peut-on cependant considérer qu'un taux insuffisant d'androgènes a le même effet hyperplasiant sur les glandes sébacées qu'un taux excessif ? La réalité est certainement beaucoup plus complexe du fait des interactions hormonales. Plutôt que les modifications du taux d'une hormone, on serait tenté d'invoquer la perturbation du rapport existant entre plusieurs d'entre elles ?

Toutes ces questions, sans réponses sérieuses, ne font qu'accroître le vaste domaine de notre ignorance.

Toujours est-il qu'une participation endocrinienne occupe certainement une place importante dans la genèse du rhinophyma, bien que l'on soit incapable de préciser laquelle.

Tous les autres facteurs, souvent retrouvés n'ont tout au plus, et dans certains cas, qu'un rôle favorisant.

Intervient encore la notion de terrain, de prédisposition génétique; naguère nous aurions parlé de diathèse ...

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES

Nous rassemblons ici un certain nombre d'observations particulières de rhinophyma. Comme nous l'avons déjà souligné, l'intérêt majeur de ce chapitre est représenté par l'association rhinophyma-cancer.

- I) Rhinophyma et Syndrome de TOURAINE, SOLENTE et GOLE.

Le syndrome, encore connu sous le nom de pachydermopériostose, associe cinq éléments cardinaux:

- 1°) une déformation hippocratique des doigts,
- 2°) une hypertrophie acromégaloïde des extrémités des membres,
- 3°) une périostose des os longs,
- 4°) une pachydermie séborrhéique du front et du cuir chevelu,
- 5°) un facteur génotypique, constitutionnel souvent familial.

On retrouve toujours au cours de ce syndrome un état séborrhéique très important conférant au front et au nez un aspect huileux et donnant fréquemment lieu à la formation de comédons et d'acné.

COURY (16) signale la possibilité de survenue d'un rhinophyma chez de tels malades et en rapporte une observation.

- 2) Rhinophyma et autres localisations d'acné hypertrophique.

La prédilection de son siège nasal n'exclue pas la possibilité de localisations ectopiques:

1°) Aux oreilles: OTOPHYMA (ou auriculophyma)

L'hypertrophie se localise à la partie postérieure et basse du pavillon et surtout aux lobules. Ceux-ci sont de consistance molle,

sans infiltration. Leur pression qui fait sourdre de multiples filaments de matière sébacée et la coexistence d'un rhinophyma orientent le diagnostic.

AYRES (5), en 1947, rapporte une observation " d'otorhinophyma " auquel s'associent encore une hypertrophie des zones sourcilières, du menton et des joues, avec un purit sénile et une alopecie. Bon résultat sur ces deux derniers symptômes d'un traitement par la testostérone.

GATE (42), en 1957, publie une observation de rhinophyma et "d'auriculophyma " associés. Il signale que ce dernier pose un diagnostic différentiel avec un HANSEN.

ROSTEMBERG (95), en 1962 rapporte une 3ème observation.

2°) Au menton: mentophyma

RIORDAN (92) rapporte l'observation d'une hypertrophie du menton, isolé (sans rhinophyma associé) faisant suite à un sycosis. En raison de l'hyperplasie des glandes sébacées, il l'appelle mentophyma.

L'observation de SAMS (101) est aussi fort curieuse puisqu'il s'agit d'une femme de 21 ans porteuse d'un mentophyma et d'un rhinophyma. Toutefois ce dernier respectait l'extrémité et les ailes du nez. Le mentophyma avançait de 1,5 à 2 cm au-delà du courtour normal du menton. Sa masse était ferme et plutôt fibreuse. L'histologie de l'un et l'autre ne révèle pas l'hyperplasie des glandes que l'on attendait mais une inflammation chronique du derme. On traita l'un et l'autre chirurgicalement.

3°) Aux joues: paréophyma

M. DUPERRAT a observé des petites tuméfactions des joues dont l'histologie révélait les caractères typiques du rhinophyma. Il propose le terme de " paréophyma ". Deux des malades ont été opérés par le Dr. VANBREMEERSCH.

4°) Au front: métopophyma

Cette localisation est souvent associée à un rhinophyma. A.TOURAINE et L.GOIE (II⁴) en rapportent une observation typique.

5°) L'hyperplasie sébacée peut aussi atteindre les arcades sourcilières.

- 3) Le rhinophyma localisé pseudo-tumoral:

Deux observations ont permis à DUPERRAT et VANBREMEERSCH (32) d'isoler cette forme de siège nasal, mais atypique par son aspect.

Il s'agit, en effet, d'une tumeur de volume variable (lentille, pois chiche) siégeant sur les ailes du nez ou le pourtour narinaire. Nettement limitée, de teinte rosée, elle est insensible et de consistance molle. Elle peut être sillonnée de télangiectasies et présenter des pores dilatés par où la pression fait sourdre des filaments de sébum. Il est remarquable que cette tumeur siège sur un nez de consistance et de volume normaux.

Le diagnostic de trichoépithéliome est souvent évoqué, mais l'histologie infirme ce diagnostic et montre des follicules sébacés énormes entourés parfois de sclérose avec microabcès.

Telle est cette forme partielle localisée du rhinophyma pseudo-tumoral qui guérit par une intervention chirurgicale minime.

- 4) Le rhinophyma chez la femme:

Apanage de l'homme, le rhinophyma s'observe rarement chez la femme. Néanmoins, la littérature médicale nous en offre un certain nombre d'exemples.

BECHET (6), en 1926, rhinophyma chez une femme de 66 ans, ayant débuté vers 41 ans. Son nez avait doublé de volume.

GINSBURG (44), en 1935, le nez d'une femme de 65 ans était d'un tiers plus gros par rapport à la normale.

Dans leur statistique, DUFOURMENTEL et MOULY (24) signalent 4 femmes parmi leurs 50 rhinophymas opérés.

Deux femmes dans la statistique d'ACKER (I) qui réunissait 47 rhinophymas.

Ces rhinophymas seraient moins volumineux que ceux observés chez l'homme. De plus les auteurs soulignent qu'une acné rosacée précède souvent la survenue d'un rhinophyma. Ils se posent alors la question de savoir pourquoi celui-ci est rare chez la femme si souvent sujette à cette acné rosacée. C'est là, écrivent-ils, partie du mystère qui entoure le rhinophyma.

Nous avons émis l'hypothèse que la faillite hormonale de la ménopause pouvait expliquer que la femme fut toujours indemne. Notre hypothèse se trouve ici en défaut = sous quelles influences, un rhinophyma, apparu aux alentours de la ménopause, a-t-il pu se développer après celle-ci alors que les sécrétions hormonales, suspectées d'être en cause, sont pratiquement taries ? C'est là partie du mystère qui entoure le rhinophyma .

On pourrait peut-être éclaircir cet irritant mystère par la pratique systématique d'un bilan hormonal précis et complet.

- 5) Rhinophyma et cancer:

OLLIER (82) affirmait que l'acné hypertrophique ne revêtait jamais le caractère cancéreux comme paraissaient le craindre les anciens chirurgiens. VIDAL et LELOIR (116) ne mentionnent jamais dans leur étude histologique la possibilité de dégénérescence maligne. SIMARD (107), récemment, n'en fait aucun cas.

C'est pourquoi, il n'est pas inutile de rappeler ce que SABOURAUD (99) a écrit en 1913 : " Il faut traiter le rhinophyma, d'abord parce que c'est une difformité et parce qu'elle est curable, ensuite parce qu'on voit fréquemment des épithéliomas bénins ou graves survenir sur ces peaux depuis tant d'années mal nourries, mal nettoyées et devenues le réceptacle d'une fourmilière de parasites de tous ordres ".

Le rhinophyma prédispose aux épithéliomas baso-cellulaires: DUPERRAT se plait à souligner ce fait, mis également en vedette par quelques récentes publications.

- 1 - Cependant, dès 1904, WENDE (119), à propos d'un rhinophyma constitué de 5 tumeurs, signale que l'examen histologique de l'une d'entre elles montre que la membrane basale, sur la coupe toute entière, présente un aspect anormal ressemblant au cancer.
- 2 - NOVY (79) en 1930, publie une observation de rhinophyma ulcéré chez un sujet de 76 ans. La biopsie révèle l'existence d'un cancer baso-cellulaire typique.
- 3 - REES (91), en 1955, signale qu'à l'examen microscopique de 7 rhinophymas opérés, il a trouvé, dans deux cas, la présence d'un épithélioma baso-cellulaire in situ.
- 4 - DUFOURMENTEL et MOULY (24) ont dû pratiquer l'amputation de la pyramide nasale pour un cas associant rhinophyma et ulcus trophique.
- 5 - Tout récemment, ACKER et HELWIG (1) consacrent à ce problème essentiel une étude très documentée. Ils se proposent de démontrer que les cancers baso-cellulaires sont plus fréquents chez les porteurs de rhinophyma que chez ceux dont la peau du nez est normale. Ils ont cherché à savoir si l'hyperplasie et l'hypertrophie des tissus rhinophymateux sont la cause de la fréquence accrue des cancers baso-cellulaires.

Pour ce faire, ils étudient 47 rhinophymas (vus au cours des 30 dernières années) dont 7 associaient un cancer qui était baso-cellulaire dans 5 cas. Ils comparent leur étude à celle de GRAHAM concernant les cancers baso-cellulaires. Cet Auteur rapporte que 27,6% des cancers baso-cellulaires siègent sur le nez. (DUPERRAT (31) " le plus fréquent de tous les épithéliomascutanés est le baso perlé du nez "). Néanmoins, par de savants calculs statistiques, ils arrivent à cette conclusion: le cancer baso-cellulaire est encore plus fréquent sur rhinophyma que sur nez normal.
- 6 - Dans le service du Professeur DUPERRAT, nous avons suivi un malade porteur d'un rhinophyma qui s'est compliqué d'un cancer

baso-cellulaire. Voici cette observation:

" Monsieur Michel G. âgé de 61 ans, vient consulter le 15 Mai 1967 pour un rhinophyma et une couperose des joues. Cette couperose et les desiderata du malade ont fait entreprendre un traitement par la neige carbonique dont il reçut 5 applications, faites à raison d'une par semaine.

Parce qu'une ulcération était apparue sur ce rhinophyma, on présente ce malade, le 29 Juin 1967, au Professeur Agrégé PUISSANT. Celui-ci diagnostique un cancer baso-cellulaire, découvre une petite lésion labiale et décide le malade à une double intervention qui eut lieu au début de Juillet.

L'histologie de la pièce d'exérèse du rhinophyma, au niveau de l'ulcération, a confirmé le diagnostic de cancer baso-cellulaire. (Voir photo: coupe n° 3). Quant à la lésion de la lèvre, l'histologie a montré qu'il s'agissait d'une dyskératose de BOWEN ".

Cette observation nous permet de souligner:

- 1°) l'association rhinophyma et cancer baso-cellulaire, dont le diagnostic a pu être fait cliniquement.
- 2°) la présence insolite sur une demi-muqueuse d'une maladie de BOWEN.
- 3°) l'association d'une maladie de BOWEN et d'un cancer cutané.
- 4°) Rappelons enfin qu'à la suite des travaux de GRAHAM et HELWIG (45) (45) (89) et de nombreux Auteurs, on se doit de dépister un cancer profond chez tout sujet présentant une maladie de BOWEN.

Toutefois, même si la recherche de ce cancer s'avère négative chez notre malade, celui-ci devra être régulièrement surveillé durant les années à venir.

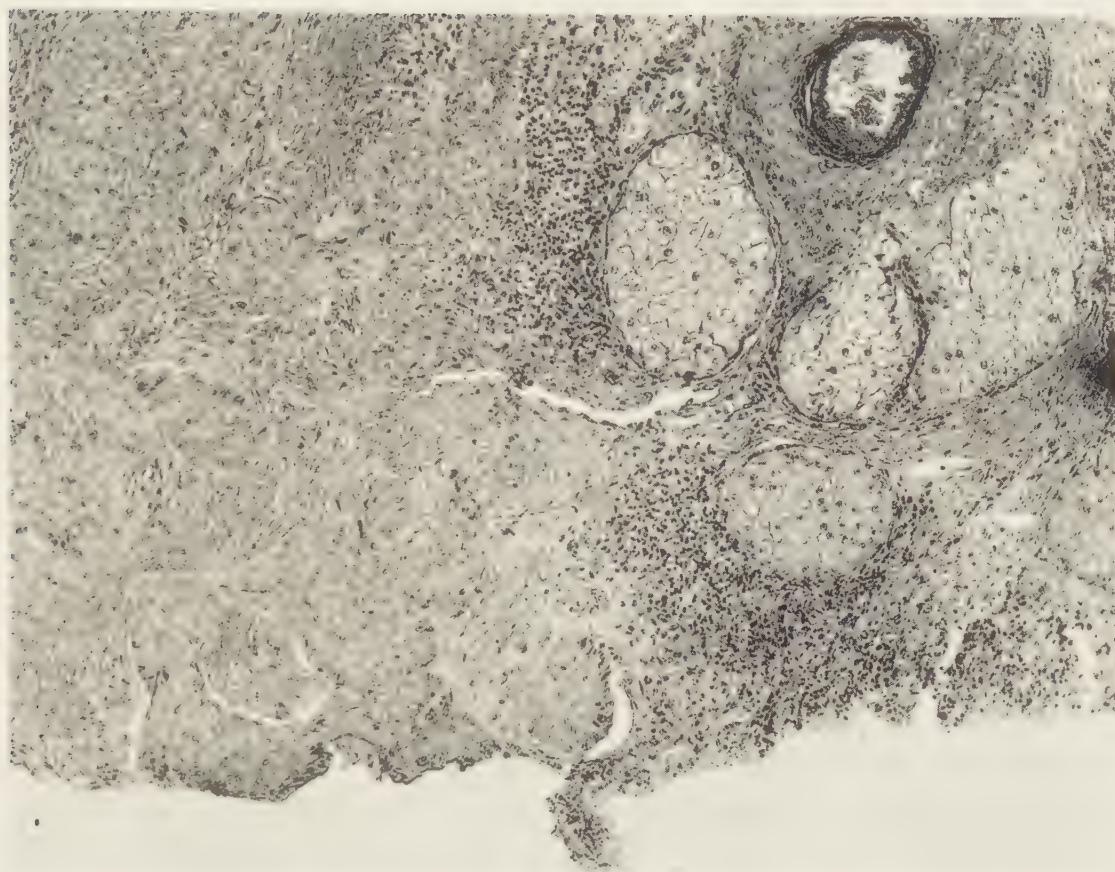
Puisque tel est notre but, insistons encore sur la nécessité de penser au cancer baso-cellulaire devant toute lésion suspecte siégeant sur un rhinophyma.

7 - ACKER et HELWIG (I) rapportent aussi un cas d'épithélioma spino-cellulaire associé à un rhinophyma. CARTEAUD (IO) signale également cette possibilité.

C'est dire la nécessité, au moindre doute d'un examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale: ou bien il vérifiera l'absence d'épithélioma ou bien en le révélant, il vérifiera qu'il a été entièrement enlevé.

oOo

Coupe N° 3



(Service du Professeur Duperrat)

Sur ce fragment de coupe, on remarque un follicule pilo-sébacé hyperplasique et inflammatoire caractéristique du rhinophyma et arrivant à son contact l'épithélioma baso-cellulaire.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le rhinophyma ne pose pas de problème diagnostique bien compliqué. Loin d'être exhaustif (I), ce chapitre veut seulement attirer l'attention sur certains aspects trompeurs.

1°) Les lésions polymorphes de l'acné conglobata, localisée au nez, peuvent simuler un rhinophyma. Toutefois ce diagnostic ne résiste pas devant la présence d'autres lésions typiques sur tout le visage, le dos..., chez un homme jeune, n'ayant pas atteint sa trentième année. De plus ces lésions sont douloureuses et lors des rémissions le nez redevient normal.

Pendant la rédaction de cette thèse, nous avons vu chez un jeune homme de 19 ans, une acné conglobata du nez: un gros nodule violacé déformait toute la moitié inférieure du nez et simulait grossièrement un rhinophyma.

Il sera intéressant de suivre un tel malade pour voir si vers 50 ans il ne fera pas un rhinophyma.

2°) Les cancers du nez: dans certains cas:

a) L'épithélioma baso-cellulaire géant du nez pourrait poser un problème diagnostique, de même qu'une

(I) voir " Précis de Dermatologie " de DUPERRAT. Page 961 et suivantes.

b) forme particulière d'épithélioma spino-cellulaire décrite par DUPERRAT (3I). Localisé à l'extrémité du nez cet épithélioma évolue de la profondeur vers la superficie. Cliniquement, il s'agit d'un homme âgé qui voit le bout de son nez devenir un peu gros, rouge-violacé et parfois un peu bosselé. Fait capital, la palpation montre une induration ligneuse et l'interrogatoire, de grande valeur, précise qu'un an auparavant, le nez était normal. Rapidement apparaît une ulcération. L'évolution est toujours catastrophique.

3°) Signalons la possibilité de métastase d'un cancer viscéral au niveau d'un rhinophyma.

- a) Dans une observation de KRIEGER, rapportée par SOLGERT (IIO), une métastase sous-épidermique d'un cancer oesophagien donnait au nez l'aspect d'un rhinophyma . Il n'est pas précisé si ce nez était auparavant entièrement normal.
- b) Dans l'observation de CIVATTE (I4), c'est bien sur un rhinophyma que sont apparues les métastases cutanées d'un épithélioma bronchique latent. Un homme de 55 ans avait un rhinophyma depuis de nombreuses années, quand assez rapidement, apparaît à son niveau un nodule indolore. Celui-ci, bientôt suivi de lésions du même type, évoque cliniquement une prolifération sébacée bénigne. Mais en raison de leur rapidité d'évolution une biopsie fut faite qui révéla l'existence, dans le derme d'une prolifération épithéliomateuse de type malpighien et d'origine métastatique. Une bronchoscopie, pratiquée en raison de l'apparition récente d'une symptomatologie pulmonaire, découvre une tumeur bronchique dont la biopsie confirme la nature épithéliomateuse malpighienne. L'auteur attire l'attention sur le fait que les métastases cutanées siégeaient uniquement sur le rhinophyma " comme si l'hyperplasie pilo-sébacée ou la stase vasculaire avait constitué un point d'appel pour les cellules néoplasiques ".

Pour conclure, rappelons que l'apparition relativement récente de lésions nasales bourgeonnantes chez un homme de plus de 50 ans doit faire douter du diagnostic de rhinophyma, affection de " longue haleine " ...

oOo

CHAPITRE VII

T R A I T E M E N T S

Les traitements sont fonction du rhinophyma à traiter. On les classe en traitements médicaux et chirurgicaux.

I) TRAITEMENT MEDICAL:

A) Le traitement préventif: Grâce à lui, on ne devrait plus voir de rhinophyma. De l'étude des nombreux facteurs favorisants, on peut déduire la nécessité:

I) d'une hygiène tégumentaire correcte:

avec savonnages fréquents, et au besoin, antiseptiques locaux.

2) d'une hygiène alimentaire convenable:

- proscrire toutes boissons alcoolisées ...

- réduire au minimum la consommation de sucre, sucreries... de graisses... ainsi que celle d'excitants: café, thé...

- éviter la constipation...

B) Le traitement du rhinophyma débutant:

Les moyens médicaux n'ont ici qu'un rôle adjuvant et par les moyens dermatologiques on ne peut espérer obtenir de résultats que dans les formes limitées et prises au début.

I) Les Moyens Médicaux:

a) on recommande les mêmes règles strictes d'hygiène, précédemment exposées.

b) en cas d'infection (pustules, abcès) au traitement antiseptique local on associe, au besoin un traitement antibiotique par voie générale, établi en fonction des résultats de l'antibiogramme. On peut encore avoir recours à la vaccinothérapie.

c) Quelques vitamines ne sont pas à négliger:

- la vitamine E: pour combattre la tendance à l'hyperplasie fibreuse,
- la riboflavine: pour son action sur les tissus mal irrigués.

d) Quant aux traitements hormonaux leurs résultats sont souvent décevants et même paradoxaux. En effet, il semble exister une discordance entre l'action physiologique de l'hormone utilisée et l'effet thérapeutique que l'on pourrait en attendre.

Rappelons toutefois l'excellent résultat obtenu par DUPERRAT avec les gonadotrophines. Il serait intéressant de les essayer chez un homme soupçonné cliniquement d'hypogonadisme et à plus forte raison si les dosages hormonaux confirmaient cette présomption. Les androgènes doivent être néanmoins proscrits.

2) Les Moyens Dermatologiques:

Soulignons encore qu'on ne peut espérer tirer profits de ces moyens que sur des lésions peu importantes. C'est révéler que ces traitements sont d'autant plus efficaces qu'ils sont précoces.

- a) L'association massage-expression, avec extraction de cocons graisseux pratiquée trois fois par semaine et suivie d'une friction à l'alcool iodé à 1% est une méthode sans danger qui donne de bons résultats.
- b) Pour être efficaces, les scarifications doivent être bien faites, superficielles, régulièrement espacées de 1 à 2 mm. Or, tout ceci est bien difficile à réaliser sur un nez au relief tourmenté. Des scarifications trop profondes sont douloureuses et surtout risquent de laisser des cicatrices.
- c) Les solutions sclérosantes (comme l'acide trichloracétique) injectées dans l'excroissance doivent être abandonnées.

d) La cryothérapie: (69), dans ces diverses modalités, peut avoir encore des indications:

1) la neige carbonique: Grâce au cryocautère, on obtient une réduction notable de l'hypertrophie nasale. La pression toujours en pointe noyée, variera de 1 kg à 1 kg,5 pendant une durée de 20 secondes par séance hebdomadaire.

2) l'azote liquide: récemment, BOCQUET (8), dans un cas, signalait un bon résultat avec l'azote liquide.

e) Il existe encore beaucoup d'autres procédés, parmi lesquels la radiothérapie.

Son action anti-inflammatoire, asséchante des glandes sébacées, ... permet souvent d'obtenir d'excellents résultats.

Mais de nouvelles doses, lors de récurrences, font courir le risque de radiodermite.

Si l'on soupçonne l'existence d'un cancer baso-cellulaire, on ne le traitera pas par radiothérapie qui risque d'entraîner des séquelles (telle une nécrose douloureuse du cartilage) et qui de plus ne met pas à l'abri de récurrence, particulièrement fréquente dans cette région.

C'est encore pourquoi nous préférons confier nos malades au chirurgien pour peu que le rhinophyma ait quelque importance.

2) TRAITEMENT CHIRURGICAL:

Le rhinophyma est parfaitement curable. Il est même peu d'affections où cette thérapeutique donne d'aussi bons résultats comme en témoignent les photographies prises avant et après les interventions.

I) But:

Néanmoins, et SABOURAUD insistait sur ce point, ce traitement radical doit donner au rhinophymique un nez vraisemblable, ne jurant pas avec le reste de son visage. Il faut éviter de donner au patient un nez cicatriciel qui rappelle les ravages de la

maladie lupique. A un visage congestif laisser un nez capable de se congestionner; à un visage acnéique accorder un nez encore un peu séborrhéique: tels sont les soucis " esthétiques " du chirurgien qui doit traiter un rhinophyma.

2) Méthodes:

La prolifération glandulaire siège dans la peau et épargne toujours la charpente ostéo-cartilagineuse du nez, contrairement aux affirmations d'OLLIER, JOSEPH et ROSSELLI. Donc tout traitement efficace devra comprendre une exérèse de l'épaisseur totale ou partielle de la peau puisque celle-ci est infiltrée par le processus.

a) Divers traitements sont basés sur la conservation de la couverture cutanée:

I) On peut aborder la tumeur par une incision endonasale en réséquant, ainsi, grâce à une incision dissimulée, la face profonde de la prolifération sébacée.

Pour DUFOURMENTEL et MOULY (24), ce procédé est parfaitement illogique, car le pelage de la peau par sa face profonde supprimera son apport vasculaire. S'il est bien conduit, le lambeau cutané réappliqué se comportera comme une greffe libre. En ce cas, il est préférable d'utiliser une peau saine plutôt qu'une peau manifestement malade qui amorçera la récurrence.

2) On a également proposé d'aborder le rhinophyma par des incisions cutanées en croix (DIEFFENBACH (26)) ou en valve (GRATTAN (47)), d'enlever par dissection sous-cutanées les zones malades et d'utiliser la peau préalablement libérée comme lambeau de recouvrement.

De telles techniques s'exposent aux mêmes critiques que précédemment: la conservation de zones pathologiques dans les téguments favorise la récurrence.

b) Pour DUFOURMENTEL et MOULY (24), l'extirpation de la lésion ne peut être valablement effectuée que par deux grandes méthodes.

I) Le premier procédé est la classique "décortication " (OLLIER) (82) ou " abrasion modelante " (MORESTIN) (76). La régénération épithéliale peut se faire après excision aux dépens des follicules sébacés profonds restés intacts.

On pratique un remodelage du nez, mais là encore on laisse en profondeur des éléments pathologiques qui peuvent être l'amorce de récurrences.

2) Le second procédé consiste en l'excision tégumentaire nasale totale suivie de greffe pour restaurer la couverture cutanée.

A) Bien que la technique soit différente pour chacun de ces deux procédés, DUFOURMENTEL et MOULY pensent qu'il est préférable dans tous les cas:

I) de traiter toute la surface du nez

2) d'opérer sous anesthésie locale

I) Sauf dans certains cas très limités, il faut traiter tout le nez. Les limites de l'exérèse seront les suivantes: à la racine du nez: dans le pli glabellulaire, latéralement: dans les sillons naso-jugaux. Ces limites sont plus difficiles à établir vers le bas et DUFOURMENTEL et MOULY notent qu'il est très important de s'arrêter à 4 ou 5 mm. du rebord narinaire. La limite exacte de celui-ci peut être modifiée par les masses pendulaires rhinophymateuses implantées sur les ailes à ce niveau. Sur la ligne médiane au niveau de la pointe, les limites de l'exérèse dessinent un U ouvert vers le haut, laissant intacte la columelle.

En cas de décortication, on se contentera de marquer ces limites d'un trait de bistouri. Les incisions seront plus profondes en cas d'excision suivie de greffe.

2) L'opération est faite sous anesthésie de base avec péthidine à laquelle on adjoint des injections locales d'une solution de xylocaïne adrénalinée à 1 p. 100. On attendra dix minutes afin que l'effet vaso-constricteur de l'adrénaline agisse. Au siège de prélèvement de la greffe on utilisera également la xylocaïne mais sans adrénaline.

B) Les techniques chirurgicales: (24)

I) La décortication:

Elle est plus aisée avec un bistouri. La masse hypertrophique est trop molle pour pouvoir utiliser l'appareil de dermabrasion rotative. Elle consiste à ~~peler~~ le nez, couche après couche comme un fruit. Le but est d'obtenir un nez de forme convenable sans toucher au squelette cartilagineux: si, au début, on peut enlever des copeaux assez importants, il faut être très prudent en approchant des plans profonds. On peut contrôler l'épaisseur de la couche restante en refoulant en avant les téguments et les cartilages de la pyramide nasale grâce à un doigt enfoncé dans une narine, suivant la technique d'OLLIER. Il faut veiller également:

- a) à garder aux ailes une épaisseur convenable pour éviter la rétraction et à laisser suffisamment d'éléments épidermiques profonds pour obtenir une cicatrisation en nappe;
- b) à donner une courbe correcte au lobule,
- c) à soigner les raccords avec la peau de voisinage des joues.

Le saignement est contrôlé par tamponnement. Il faut rester dans le tissu sébacé qu'on reconnaît à son aspect grenu et ne dénuder ni les petits muscles, ni les cartilages. Quand le saignement a été contrôlé, on applique un pansement gras et compressif. La régénération épithéliale se fait en 20 à 30 jours.

2) L'excision suivie de greffe:

- Dessin des limites de l'exérèse, comme il est indiqué plus haut.
- Incision jusqu'au plan musculo-cartilagineux. DUFOURMENTEL et MOULY pensent qu'il est assez commode de faire cette incision sur la ligne médiane le long de l'arête pour mieux voir l'épaisseur de la couche à exciser.
- Excision au ras des muscles de la ligne médiane vers la périphérie,
- Tamponnement, hemostases,
- Prélèvement et application d'une greffe.

DUFOURMENTEL et MOULY ont mis au point une technique de greffe qui donne une reconstitution de la couverture cutanée nasale aussi voisine que possible de la normale. Pour cela, ils insistent sur la nécessité d'appliquer la greffe dans les meilleures conditions techniques, c'est-à-dire en gardant tout le plan musculaire et en conservant au devant des cartilage alaires et de leur périchondre un petit périmysium vasculaire. Si ces précautions sont observées, une greffe suffit et il n'est pas nécessaire de recourir à une autoplastie complexe.

Les greffes intermédiaires prélevées au rasoir sur la cuisse donnent un tégument un peu jaunâtre. DUFOURMENTEL et MOULY, grâce aux greffes de peau totale ont beaucoup amélioré leurs résultats. Ils se sont adressés à des zones donneuses fournissant un tégument ayant les mêmes caractéristiques que la peau du nez : soit la peau rétro-auriculaire si la réserve cutanée y est suffisante, soit la peau sus-claviculaire. A noter que ces deux Auteurs ont toujours pu, dans leurs cas opérés, prélever d'un seul côté du cou, un greffon d'un seul tenant d'épaisseur totale qui puisse assurer la couverture totale du nez. La zone de prélèvement peut être rapprochée par approximation directe et donne une cicatrice linéaire de bonne qualité, cachée chez l'homme par le col de la chemise.

3) Résultats:

DUFOURMENTEL et MOULY font état d'une statistique de 50 cas opérés, qui est de beaucoup supérieure à toutes celles publiées jusqu'à ce jour.

a) Ils ont pratiqué la décortication (33 fois):

Ils concluent:

- la zone abrasée ne retrouve jamais une coloration normale et reste granitée, un peu irrégulière.
- récidives^(x), au bout de 2 ou 3 ans, chez la moitié environ des malades qu'ils ont revus.

b) Ils ont pratiqué l'excision-greffe (17 fois).

Ils concluent:

(x) L'utilisation des gonadotrophines pourrait-elle prévenir ces récidives ?

- la greffe partielle à la pointe et sur les ailes reste visible et ne s'harmonise pas avec les autres téguments de la face.
- Ils ont eu des résultats très supérieurs avec la greffe de peau totale retro-auriculaire ou sus-claviculaire: la coloration est d'excellente qualité et l'aspect de la greffe s'améliore encore avec le temps.
- Ils n'ont jamais observé de récédive comme avec la décortication.

4) Indications:

1) La décortication: est l'intervention de choix:

- Pour les rhinophymas modérés
- Dans des cas plus sévères mais où des lésions acnéiques intéressent non seulement le nez mais aussi le front, le menton et les joues. Il serait alors illusoire de refaire un nez avec des téguments de trop bonne qualité s'ils doivent trancher sur les parties voisines du visage.
- dans les cas où il existe une contre-indication générale à la greffe: malade âgé, cardiaque ou insuffisant hépatique. C'est alors que pourrait se justifier une intervention limitée: excision à minima au sein de la masse rhinophymateuse chez un sujet fatigué.

2) La greffe:

Dans les cas où elle est réalisable, doit être préférée pour les raisons suivantes:

- a) L'excision de la masse tumorale est plus aisée et rapide. Et le danger, si grand . de découvrir la zone cartilagineuse n'existe pas comme dans la première méthode du fait de la cautérisation ou de la coagulation simple des tissus. De plus l'hémorragie est moindre, car facilement contrôlée.
- b) Le temps nécessité pour l'application de la greffe est compensé par la facilité et la rapidité de l'excision de la masse tumorale. En post-opératoire, il faudra cependant bien surveiller la cicatrisation de la zone donneuse.

- c) Enfin le résultat esthétique obtenu grâce à la greffe est très satisfaisant, surtout avec la greffe de peau sus-claviculaire.

oOo

CONCLUSIONS

=====

Quatre points essentiels peuvent être soulignés en guise de conclusion:

- I -

Sur le double plan anatomo-clinique, en plus des deux formes habituelles décrites par VIDAL et LEROIR, à savoir:

- 1) La forme glandulaire, ou acné hypertrophique
- 2) Et la forme angiectasique

il faut reconnaître une troisième forme mixte de rhinophyma pour tous les cas qui ne peuvent être classés avec l'une ou l'autre des deux formes précédentes.

- II -

Une participation hormonale, déduite du rôle primordial des hormones dans la physiologie des glandes sébacées, nous semble occuper une place importante dans la genèse de ce rhinophyma. Nous avons vu les conséquences thérapeutiques de cette hypothèse: dans les cas où un hypogonadisme peut être suspecté cliniquement et confirmé par des dosages, on se doit d'utiliser les gonadotrophines qui ont donné un excellent résultat à M. DUPERRAT. Néanmoins de nouveaux travaux sont encore nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

- III -

On retient deux techniques chirurgicales essentielles parmi les nombreuses proposées à savoir:

- 1) la décortication d'OLLIER
- 2) et l'exérèse suivie de greffe.

Les chirurgiens contemporains leur reconnaissent un maximum de bons résultats quand leur indication est posée à bon escient:

- 1) La décortication est l'intervention de choix - pour les rhinophymas modérés - lorsqu'il existe des lésions acnéiques sur le reste du visage - lorsqu'il existe une contre-indication générale à la greffe.
- 2) Quand elle est réalisable, la greffe met à l'abri des récurrences, et donne un bien meilleur résultat esthétique.

- IV -

Nous rappelons, enfin, la fréquence du cancer baso-cellulaire associé. Celui-ci devra donc être systématiquement suspecté et recherché. Il constitue un argument de plus en faveur du traitement chirurgical.

Vu, le Président de Thèse

Pr. B. DUPERRAT

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1) ACKER D.W. et HELWIG E.B.-

Rhinophyma With carcinoma - Arch.of Derm. - Mars 1967, 95, n° 3, 250 - 254.

2) ANDERSON R. et DYKES E.R. -

Traitement chirurgical de rhinophyma - Plast. Reconstr. Surg., Oct. 1962, 30, n° 4, 397 - 402.

3) ARDOUIN P. -

Le rhinophyma dans la médecine et dans l'art classique - Rev. de Laryng. Juil.Août 1959, n° 7 - 8, 461 - 488.

4) ARDOUIN P. -

Au sujet du traitement du rhinophyma - Vie médicale - Mai 1967, 48, 721 - 729.

5) AYRES S. et JENSEN A.K. -

Otorhinophyma, pruritus and alopecia; totalis syndrome; response to testosterone - Arch. of Dermat. - Sept 1947, 56, 379.

6) BECHET J. -

Rhinophyma in a Woman - Ach. of Dermat.- 1926 - 14 - 86.

7) BERSON M. -

Le rhinophyma - Plast. reconstr. Surg. - Nov.1948, 3, n° 6 - 740 - 744

8) BOCQUET. -

L'Azote Liquide - Thèse de Paris 1967.

9) BROCC L. -

Précis Atlas de Pratique Dermatologique - Doin - Paris 1921 P. 589

10) CARTEAUD A. -

Dermatologie - Editions A.G.E.M.P. 1965 - P. 104 - 105

11) CAZENAVE P. -

Leçons sur les maladies de la peau - Paris 1856 - P. 125- 126

12) CHANTOUROV A.G. -

La plastie du nez à l'aide d'un lambeau cutané fendu après suppression du rhinophyma - Bull. O.R.L. (Moscou) - 1959 - n° 3 - 88 - 89

13) CHAUSSIT M. -

Traité élémentaire des maladies de la peau - Paris 1853 - P. 215

14) CIVATTE J. et Coll -

Metastases cutanées sur rhinophyma d'un épithélioma bronchique - Bull. de la Soc. de Derm. - 10 Nov. 1966

15) CINELLI J.A. -

Rhinophyma - New-York J. Med.- 40 - 1672 - 1674 - Nov. 1940

16) COURY C. -

L'hippocratisme digital - Baillière édit. 1960 - P. 80 - 81

17) CURI L. et MARINELLI L.F. -

Considérations sur le traitement du rhinophyma au moyen de décortication suivie de greffage dermo-épidermique - Valsalva, Fév. 1964 - 40 - n° 1 - 1 - 18.

18) DARIER J., CIVATTE A., TZANCKA -

Précis de dermatologie - Paris - Masson 1947 P. 523

19) DEBIBOUR -

Présentation d'un cas de rhinophyma géant opéré par greffe libre avec résultat sept ans plus tard - Mém. Acad. Chirur. 1952 - 78 - n° 4 - 5

20) DE MEULES E. -

Acné hypertrophique; déformation considérable du nez; restauration
Marseille Med. 1873 - X - 143 - 150.

21) DE STEFANO G. -

Traitement chirurgical du rhinophyma - Dermatologia - 1957 - 8 - 272

22) DICKINSON J.T. et ADAMOPOULOS E. -

Traitement chirurgical du rhinophyma - Arch. of Otolaryng. Sept. 1961
74 - N° 3 - 251 - 255.

23) DOHI -

Ein Beitrag zur Kenntnis des rhinophyma - Arch. für Derm. und Syph.
1896 - Bd 37 - Heft 3.

24) DUFOURMENTEL C. et MOULY R. -

Traitement chirurgical du rhinophyma - Mém. Acad. Chir. 1966 - 92 -
n° 14 - 15 - 423 - 428.

25) DUFOURMENTEL C. et MOULY R. -

Chirurgie Plastique - E.M. Flammarion 1959 - Page 696 et suiv.

26) DIEFFENBACH J.F. -

Die operative Chirurgie - Leipzig - F.A. Brockhaus 1845 - Page 373

27) DUBREUILH W. -

Acné hypertrophique du nez opéré par la méthode de la décortication -
Bull. Soc. Franc. Derm. et Syph. - 1921 - 252

28) DUCHENNE - DUPARC -

Traité pratique des dermatoses - Paris 1859 - P. 215

29) DUCOURTIOUX L. -

Le rhinophyma et son traitement - Presse Médicale - 24 - Mai 1939 -
47 - P. 799.

30) DUPERRAT B. -

Précis de Dermatologie - Masson 1959 - Page 910 et suiv.

31) DUPERRAT B -

Les epithéliomas cutanés - Feuilletts du Prat. Av. I967 - N° 268
Page 9.

32) DUPERRAT B. et VANBREMEERSCH E. -

Rhinophyma localisé pseudo-tumoral - Bull. Soc. Franc. Derm. Nov-
Déc. I964 - 71 - 694 - 695.

33) ERICH J.B. -

Traitement chirurgical du rhinophyma - Proc. Staff Meet Mayo Clin.
Ier Mars I96I - 36 - n° 5 - II3 - II7.

34) FARINA R.-

Phinophyma - Hospital - Fev.I950 - 37 - n° 2 - 24I - 246

35) FARINA R. -

Le rhinophyma: correction plastique - Plast. Reconstr. Surg. - Déc.
I950 - 6 - n° 6 - 46I - 466.

36) FISCHER A.-

A propos du rhinophyma et ses différents traitements chirurgicaux
Policlinico (sez chir.) - Déc. I964 - 7I - n° 6 - 384 - 396.

37) FISHOF F.E.-

Le rhinophyma - Arc. of Otolaryng.- Avril I959 - 69 - n° 4 - 424-430

38) FRANCESCONI G. et DONATI L. -

Traitement chirurgical du rhinophyma - Minerva chir. - I5 Mai I965 -
20 - n° 9 - 384- 396.

39) GALTIER M. -

Le traitement du rhinophyma - Mem.Acad.Chir. - I3 Mai I959 - 35 n° I5-
I6 - 436 - 440.

40) GALTIER M. -

Le traitement du rhinophyma - Ann. Chir. Plast.(Suppl. Sem.Hop.Paris)
Mars I960 - 5 - n° I - 33 - 38.

41) GARDIN M. et PARIGMAN W.Y. -

Simple traitement électro-chirurgical du rhinophyma - Cal F.Med.1950 - 73 - 171.

42) GATE J. et COLOMB D. -

Hypertrophie des lobes des deux oreilles chez un sujet atteint de rhinophyma - Bull.Soc.Franc.Derm. Août Octob. 1957 n° 4 - 414.

43) GIBERT -

Traité pratique des maladies de la peau - Paris 1840 - P. 197.

44) GINSBURG L. -

Rhinophyma in a woman - Arch. O.E.Derm. 1935 - 32 - 468

45) GRAHAM J.H. and HELWIG E.B. -

Bowen's Disease and its relationship to systemic cancer - Arch.of Derm. - 80 - Août 1959 - P. 133 - 159.

46) GRAHAM J.H. and HELWIG E.B. -

Bowen's Disease and its relationship to systemic cancer - Arch.of Derm. - 83 - Mai 1961 - P. 738 - 758.

47) GRATAN J.F. -

Rhinophyma Surgery Gynec. and Olst. 1935 - 41 - 29.

48) GUERIN A. -

Acné hypertrophique - Rev.med.phot.des Hop.de Paris - 1874 - VI - 17

49) GUERIN A. -

Discussion sur l'éléphantiasis du nez - Bull. Acad. de Med.Paris 1876 - V - P. 862 - 871.

50) GUIBOUT E. -

De l'éléphantiasis du nez et de son traitement - Ann. Dermat.et Syph. Paris 1868 - I - 235 - 140.

51) HEBRA F. -

Atlas der Hautkrankheiten - Dec.1869 - VII Lieferung - 12 Tafeln -
Texte voir page 73

52) HEBRA F. -

Versucheiner auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der
Haut Krankheiten - Zeitschrift der k.k.Gesellschaft der Aerzte Zu
Wien - 1845 - P. 143 et 211.

53) HEBRA F. -

Traité des maladies de la peau - Traduction du Dr DOYON - Masson
édit.Paris 1872

54) HEBRA F. -

Acné - Allg. Wien med. Ztg. 1864 - IX - 275.

55) Von HEBRA H. -

Das rhinophyma - Vierteljahresschrift für Derm.und Syph. 1881 -
P.603 à 619.

56) HUTIN -

Observation d'hypertrophie considérable du nez - Bull.Acad.de Méd.
Paris - 1849 - 1850 - XV - 582 - 589.

57) KORYAKOV L.V. -

Rapport d'un cas de rhinophyma Vestnik O.R.L. (Moscou) Fév.1964
n° 2 - 86 - 88.

58) KRIEGER -

Beitrâgen zur Keuntniss das Rhinophyma - Dermatologische Zeits-
chrift - 1898 - N° 5.

59) KULAKCI N. -

Un cas de rhinophyma - Bull. Soc. turq. Med. - Nov. 1950 - 94 n° II -
405 - 410.

60) KULENKAMPPFF D. -

Le traitement du rhinophyma et du goître lingual (une contribution
à la pathologie génétique) - Der Chirurg. Sept.1952 - 23 - n° 9 -
405 - 410.

61) LAIGNEL - LAVASTINE -

Quelques nez pathologiques dans l'art classique - Aesculape - Avril 1931.

62) LAPALUCCI L. et TRIGO J. S.C. -

Le polissage chirurgical dans le rhinophyma - Prensa méd.argent - Fév.1961 - 48 - n° 7 - 447 - 448

63) LE COULANT P. et Coll. -

(Présentations iconographiques) A propos du rhinophyma - Bull. Soc. Franc. Derm. 15 Juin 1963 - 70 - n° 5 - 483

64) LEPAITRE A. -

Quelques anomalies de la figure humaine - Aesculape - Juin 1911.

65) LEPINE J. -

Acnés - E M C Dermato - 7/1965 - F.12490

66) LEWIS G.K. -

Le rhinophyma - Plast.Reconstr.Surg. Août 1959 - 24 n° 2 - 190 - 200.

67) LORRY C. -

Tractatus de Morbis cutaneis - Paris 1777 - Pag. 646 - 7 et 8.

68) LORTHIOR J. -

Le traitement chirurgical du rhinophyma - Acat chir belg. - Mai 1965 - 64 - n° 5 - 683 - 687.

69) LORTAT - JACOB L. et SOLENTE G. -

Lacryotherapie - Masson Paris 1930.

70) MALBEC E.F. -

Rhinophyma Surgical Treatment - Transactions of the international Society of plastic Surgeons - Stockholm - 1955 - Baltimore 1957 - 285 - 290.

71) MALINAK J. -

Rhinophyma - Son traitement et ses complications - Soc.Scient.Franc.
Chir.Rep.Plast.et Esth. - Congrès - C.R. des Séances Paris 1930 -
P. 250.

72) MARIN A. -

Le rhinophyma et son traitement - Union méd.Carada 1948 - 77 - N° I -
28 - 30.

73) MATTON G. et Coll. -

Traitement chirurgical du rhinophyma - Plast.Reconstr.Surg. Oct.1962 -
30 - n° 4 - 403 - 414.

74) MCULY R., DUFOURMENTEL C., PREAUX J., TEXIER M. et GOTLIB A. -

Résultats comparatifs des différents traitements chirurgicaux du
rhinophyma - Bull. Soc. Franc. Derm. Nov.- Déc. 1965 - 72 - n° 6 -
856 - 858.

75) MEYER et NIEDELMAN -

Le rhinophyma - Son traitement par rasage électrique - Arch.of Derm.
Juill. 1954 - 70 - n° I - 91 - 93.

76) MORESTIN -

Rhinophyma opéré par l'abrasion modelante - Bull. Soc. Franc. Derm.
et Syph. 1906 - 465.

77) MORESTIN -

Rhinophyma traité par l'abrasion modelante - Bull. Soc. Franc. Derm.
et Syph. 1907 - 381.

78) NEVEU M. -

Tumeurs du nez et ostéomes - E M C - O R L - Fasc. 20400 - Alo.27965

79) NOVY F.G. -

Rhinophyma with cancerogenous degeneration - Arch.of Derm.and Syph.-
1930 - 22 - 370.

80) ODOU B.L. et ODOU E.R. -

Rhinophyma - Am. J. Surg. - 1961 - 102 - 3.

91) REES T.D. -

Cancer baso-cellulaire associé à un rhinophyma - Plast.Reconstr.Surg.
1955 - 16 - 282.

92) RIORDAN T.J., CANIZARES O. and MORRIS G.E. -

Folliculitis of Chin With enlargement resembling rhinophyma :
" Rhinophyma ". Arch.of Derm. and Syph. - Mai 1942 - 45 - 963 - 964.

93) ROCHARD -

Traité des maladies de la peau - Paris 1860 - P. 334.

94) ROSEMBERG W.A. et FELSHER I.M. -

Rhinophyma and acnea rosacea treated with electrosation current -
Mai 1950 - Illinois M.Y. 97 - 281.

95) ROSTENBERG A. Jr. et Coll. -

Rhinophyma - Arch.of. Derm. Juin 1962 - 85 - n° 6 - 766 - 767.

96) RIGAUT -

Acné hypertrophique du lobule du nez - Bull. Soc. Anat. de Paris
1870 - XIV - 432 - 435.

97) ROTHMANS -

Physiology and Biochemistry of the skin - Chicago 1961 P. 284.

98) SABOURAUD R. -

I. les maladies séborrhéiques - Séborrhée, Acnés, Calvitie - Paris
Masson 1902 - P. 117

99) SABOURAUD R. -

Entretiens dermatologiques - Paris - Doin 1913 - P. 87

100) SABOURAUD R. -

Nouvelle pratique dermatologique - Paris - Masson 1936 - Tome VII -
P. 100 et Tome VIII P. 53.

IOI) SAMS W.M. -

Rhinophyma avec atteinte inhabituelle du menton - Arch. Of. Derm.
1932 - 26 - 834.

IO2) SELTGER A.P. -

Effect of A.C.T.H. in surgical treatment of acné and rhinophyma -
Am. Pract & Digest Treat - Oct. 1951 - 2 - 882.884.

IO3) SENEAR F.E. and WEICHSELBAUM P.K. -

Rosacea and rhinophyma - Arch.of Derm.Sept. 1945 - 52 - 201.

IO4) SENECHAL -

La chirurgie plastique du nez - Medicorama 1957 n° 27 - P. 28

IO5) SHEEHAN J.E. and SWANKER W.A. -

Un cas rare de rhinophyma - New-York State J.Med. - Déc. 1950 - 50 -
n° 23 - 2842 - 2841.

IO6) SENNERT D. -

De gutta rosacea - in Opera omnia - Tome III - Lib. V - Par. I -
Caput 31 - Page 292 - Lyon 1650.

IO7) SIMARD L.C. -

Sur l'anatomie pathologique du rhinophyma - L'union médicale du
Canada - 1948 - E - P. 30 et 31.

IO8) SIMON G. -

Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert -
Berlin - 1851 - P. 361 - 362.

IO9) SMITH A.E. -

Correction d'un rhinophyma avancé au moyen de la chirurgie plasti-
que reconstructive - Am. J. Surg - 1958 - 96 - 792.

II0) SOLGER F.B. -

Ueber rhinophyma - Archiv. Für Derm.und Syph.- 1901 Bd 57 - 3 Heft.

III) SPILLMANN L., HAMANTA et WATRIN J. -

A propos du traitement du rhinophyma - Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.
R.N. 1934-813.

II2) THIBIERGE -

In Besnier E., Brocq1, Jacquets L. - La pratique dermatologique -
Paris Masson 1900 - Vol. I P. 247.

II3) TOUGAS H. -

Un cas de rhinophyma opéré - Union Med. du Canada - Août 1951 - 80 -
n° 8 - 948 - 950.

II4) TOURAINE A. et GOLE L. -

Acné hypertrophique monstrueuses de la face. Soc. de Derm. et Syph. -
9 Février 1939.

II5) VAILLIANCOURT P. -

Le rhinophyma - Union Méd. Canada - Juillet 1954 - 83 - n° 7 - 793 -
796.

II6) VIDAL E. et LELOIR H. -

Comptes rendus et mémoires lus à la Société de Biologie (Paris) -
Recherches anatomiques sur l'acné - 15 Avril 1882 - Pages 264 à 273.

II7) WEHR R.H. -

Rhinophyma - Rapport de cas - Arch. Otolaryng. 1949 - 50 - 433

II8) WENDE G.W. -

Rhinophyma - Buffalo Medical Journal - Oct. 1899 - Vol. 39 - 55 n° 3 -
P. 207.

II9) WENDE G.W. and CHARLES C.A. -

Analyse pathologique de 5 tumeurs distinctes chez le même malade -
Journal of Cutaneous Diseases - XXII - n° 10 - Oct. 1904 - P. 447.

II0) WILSON E. -

Lectures on Dermatology delivered in the Royal College of Surgeons
of England in 1874 - 1875 - P. 169.

I21) WITTELS W. -

Méthode et résultats du traitement chirurgical du rhinophyma - Wien
Klin. Wschr. - Mai 1960 - 72 - n° 21 - 372 - 375.

I22) WOLFE M.M. -

Rhinophyma, nouvelles considérations étiologiques et thérapeutiques-
Laryngoscope - Mars 1943 - 53 - 172.

oOo



EDITIONS

40 R. Pascal

PARIS 13°

TELEPHONE

535: 18-93

535: 18-62